

# ZALA MEGYEI KYNOLÓGIAI EGYESÜLET

## TAGSÁGI IGAZOLVÁNY KÉRELEM

**GÉPPEL VAGY NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL TÖLTENDŐ KI. KITÖLTÉS UTÁN BIZALMASAN KEZELENDŐ.**

A \*-gal megjelölt mezők kitöltése kötelező! Amennyiben a megadott adatok nem olvashatóak vagy hiányosak, úgy nem áll módunkban azokat nyilvántartásunkban rögzíteni!

ÜGYFÉL TÖLTI KI!

\* Név:.....

\* Szül. dátum: ..... év .....hó .....nap

\* Szül. hely: .....

\* Anyja neve: .....

\* Állandó cím: .....

\* Lev. cím: .....

Tel: .....

E-mail: .....

Kennelnév: .....

Fajta/k: .....

ZMKE tagság kezdete: .....

Alulírott tagja kívánok lenni a Zala Megyei kynológiai Egyesületnek.

Elfogadom a ZMKE alapszabályát, célkitűzéseit, a tenyésztési szabályzatát valamint egyéb szabályzatok előírásainak betartását, azok megismerésére kötelezem magam. A szabályzatok megtekinthetőek.

Dátum: 20..... év ..... hó ..... nap

.....  
Jelentkező aláírása

ZMKE TÖLTI KI

Tagdíj befizetés dátuma: 20.....év .....hó .....nap

Készpénzfizetési számla / Bankszámlakivonat száma:.....

ZMKE szervezetének nyilvántartási száma:

Dátum: ....., 20.....év .....hó.....nap

KÉRELMEÁT ELFOGADJUK

NEM FOGADJUK EL

2019.

.....  
ZMKE Elnöke